

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 24

FACULTÉ DE MÉDECINE

LA
MALADIE DE DERCUM

(Revue générale et Etude critique)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 23 Décembre 1910

PAR

Léon POIRIER

Né à Vannes (Morbihan), le 30 août 1884

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs de la Thèse	DE ROUVILLE, Professeur, <i>Président</i> .	} <i>Assesseurs</i>
	GILIS, Professeur	
	VEDEL, Agrégé	
	EUZIÈRE, Agrégé	



MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1910

LA
MALADIE DE DERCUM

(Revue générale et Etude critique)



UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 24

FACULTÉ DE MÉDECINE

LA
MALADIE DE DERCUM

(Revue générale et Etude critique)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 23 Décembre 1910

PAR

Léon POIRIER

Né à Vannes (Morbihan), le 30 août 1884

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

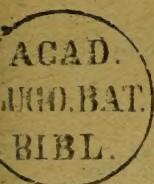
Examinateurs de la Thèse	{	DE ROUVILLE, Professeur, <i>Président</i> .	{	<i>Assesseurs</i>
		GILIS, Professeur		
		VEDEL, Agrégé		
		EUZIÈRE, Agrégé		



MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1910



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*)	DOYEN.
SARDA	ASSESEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (*).
	Chargé de l'enseig ^t de pathol. et thérap. génér
Clinique chirurgicale	TEDENAT (*).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (*).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (*).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (*).
Clinique ophtalmologique	TRUC (*).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER.
	Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	VIRES, agrégé libre.
Pathologie externe	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU, agrégé libre.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LAGRIFFOUL.	MM. DERRIEN.
VEDEL.	LEENHARDT.	DELMAS (Paul).
POUJOL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.	LECERCLE.

Examineurs de la thèse :

MM. DE ROUVILLE, président.	MM. VEDEL, agrégé.
GILIS, professeur.	EUZIERE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*Faible témoignage de mon profond
amour et de mon éternelle reconnais-
sance.*

A MON FRÈRE

*Hommage affectueux de son meil-
leur ami.*

A MA GRAND'MÈRE

A MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

L. POIRIER.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GILIS

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS
VEDEL ET EUZIÈRE

L. POIRIER.

LA

MALADIE DE DERCUM

(Revue générale et Etude critique)

INTRODUCTION

A la fin de nos études médicales, nous n'oublions pas les lourdes dettes de reconnaissance que nous avons contractées ; et nous remercions les maîtres de l'Ecole de Rennes de qui nous n'avons reçu que des marques de bienveillance et d'intérêt.

M. le professeur Bertheux a guidé dans l'étude de la clinique nos premiers pas de débutant ; M. le professeur Le Moniet nous initia aux connaissances de la chirurgie ; nous leur adressons un souvenir ému et reconnaissant.

Nous ne pouvons oublier davantage notre année d'externat passée avec MM. les professeurs Millardet et Chevrel. Elle constitue pour nous un des souvenirs les plus chers de notre vie d'étudiant.

Que MM. les professeurs Dayot, Bodin, Assicot reçoivent également l'hommage de notre gratitude.

Enfin nous prions tous ceux qui ont été récemment nos maîtres à la Faculté de médecine de Montpellier de recevoir l'expression de nos remerciements pour l'enseignement qu'ils nous dispensèrent.

M. le professeur de Rouville, en acceptant la présidence de notre thèse, nous fait un grand honneur, et nous saurons ne pas l'oublier.

L'idée de notre thèse lui revient. Il nous engagea à rechercher dans l'étiologie de la maladie de Dercum l'importance des troubles de la ménopause et de la castration dont le rôle avait été peut-être exagéré par certains auteurs.

L'examen des documents rassemblés nous ayant montré que l'ensemble du sujet méritait une mise au point, nous avons essayé d'apporter une revue critique, mais nous nous sommes surtout attaché à la question des affinités morbides et de la pathogénie du syndrome de Dercum.

Sur ce dernier point, en particulier pour ce qui concerne l'histo-pathologie des glandes vasculaires sanguines, nous avons utilisé des documents histologiques se rapportant aux recherches dirigées par le professeur ALEZAIS (de Marseille), sur la physio-pathologie de l'hypophyse : elles nous ont été communiquées par par M. Peyron, interne en médecine, que nous remercions vivement.

HISTORIQUE

DERCUM (29) a proposé, dans une série de publications, de décrire sous le terme d'adipose douloureuse une affection caractérisée essentiellement par :

1° Une accumulation de graisse en divers points du corps ;

2° Des phénomènes douloureux particulièrement accusés au niveau des parties envahies par l'adipose.

L'observation de sa première malade date de 1888. Elle se rapporte à une femme de 48 ans, présentant dans toute la partie sus-diaphragmatique du corps des masses graisseuses donnant la sensation de paquets vermiformes douloureux aux mouvements et à la pression.

Dercum songeait à cette époque à une dystrophie du tissu conjonctif analogue par beaucoup de points au myxœdème. En 1891, HENRY publie un cas semblable au précédent à l'Association neurologique de Philadelphie. Il s'agissait d'une femme de 45 ans, alcoolique et épileptique, qui présentait des nodules d'adipose, localisés et douloureux. L'auteur pensa qu'il s'agissait d'un état dystrophique analogue au myxœdème.

A noter que chez cette femme la menstruation avait persisté jusqu'à 55 ans, c'est-à-dire dix ans après le début de l'adipose. La malade mourut à 63 ans. C'est en 1892 que Dercum, publiant un cas nouveau, propose pour la première fois le terme d'adipose douloureuse. Il en décrit un troisième cas chez une femme de 60 ans et pense qu'il s'agit d'un fait de même ordre. En 1895, COLLINS (21) publie six cas de la maladie de Dercum particulièrement intéressant en raison des particularités étiologiques. Il s'agit, en effet, de femmes âgées de 40 à 60 ans, offrant des lésions de syphilis et d'alcoolisme avec des tares héréditaires.

En 1895, EWALD (33) rapporte un cas particulièrement rare d'adipose chez un jeune homme de 17 ans chez lequel apparurent des nodules graisseux au niveau du cou et de l'ombilic avec des manifestations douloureuses d'ordre névritique. ESHNER (32), élève de Dercum, publie en 1893 et 1898 deux nouvelles observations dont l'une communiquée par Dercum. Dans la première, il s'agit d'une femme de 48 ans ayant eu cinq enfants dont une fille adipeuse. Depuis l'âge de 35 ans, l'adipose de l'abdomen a gagné la presque totalité du corps, à l'exception de la face et des extrémités. Le corps thyroïde n'était pas perceptible à la palpation et la langue présentait un léger tremblement. L'extrait thyroïdien ne donna aucun résultat. Pendant ces dernières années, la malade présenta des troubles mentaux et fut internée. Il existait d'ailleurs dans sa famille plusieurs autres cas de maladie mentale. Le second cas communiqué par Dercum et Eshner se rapporte à une femme de 35 ans, de bon état général, chez laquelle l'adipose douloureuse aurait été consécutive à une violente chute.

Consécutivement à la chute, parurent en effet des

douleurs sacro-lombaires et une paralysie des membres inférieurs, puis, environ six semaines après la chute, l'avant-bras gauche présenta des nodules douloureux du volume d'une noix. Dans l'année suivante, ils apparurent accrus de volume dans la région lombo-sacrée. Au moment où l'on présentait l'observation, la malade offrait des troubles psychiques, des palpitations, des digestions difficiles et souffrait d'une soif énorme.

En France, MORLOT et GALLOIS (88) rapportent un cas analogue d'adipose localisée d'origine trophonévralgique, chez un homme. En 1898, FÈRE, de Bicêtre (36), étudie deux cas développés chez des hystériques, essaie de montrer les caractères accessoires des symptômes autres que l'adipose et la douleur, et insiste sur la valeur thérapeutique de l'hydrothérapie. En 1890, un Américain, SPILLER, publie trois nouveaux cas. Dans le premier, il s'agit d'une adipose diffuse où la douleur présentait des exacerbations par intervalles variables ; fait remarquable, la menstruation persistait régulière. Dans le second cas, l'adipose avait débuté avec la ménopause à 40 ans ; le corps thyroïde paraissait réduit ; des douleurs dans les membres avec exacerbations précédèrent l'adipose de plusieurs années. Dans le troisième cas, l'adipose fut généralisée dans l'espace de 12 ans et présenta une certaine sédation à la suite du massage et de l'opothérapie thyroïdienne. Un auteur anglais, HALE WHITE (58), publie en 1899 un cas d'adipose développée chez une femme de 22 ans, chez laquelle le début des accidents aurait remonté à l'âge de 12 ans. En 1900, GUIDICÉ-ANDRÉA (53) publie l'observation d'une femme de 44 ans, ne présentant aucun antécédent héréditaire ni personnel, pourvue d'un bon état général, chez laquelle une chute à l'âge de 18 ans aurait provoqué ultérieurement l'apparition des

accidents, douleurs dans la région sacro-lombaire, puis deux ans après irradiation et exacerbation des douleurs dans les membres inférieurs, coliques néphrétiques, hématuries ; trois ans après, à nouveau, augmentation des douleurs et de l'adipose qui gagne le tronc ; les douleurs précèdent toujours l'accumulation de la graisse. L'opothérapie thyroïdienne entraîne une légère amélioration. En 1900, Dercum donne le compte rendu de l'autopsie de la malade étudiée dans son premier article. On y reviendra plus loin au chapitre d'anatomie pathologique : contentons-nous d'indiquer que les lésions du corps thyroïde ayant paru importantes, Dercum songeait à cette époque à rapporter l'adipose douloureuse à un trouble sécrétoire du corps thyroïde. En octobre 1900, BURR (16) rapporte un nouveau cas de maladie de Dercum avec nécropsie. Il vise une malade de 36 ans, morte avec des signes de coma urémique et qui présenta à l'autopsie, à côté des lésions souvent rencontrées dans l'urémie, un gliome du corps pituitaire. En 1901, sont publiées en France les observations d'ACHARD et LAUBRY (2), de SIMONESCO (120), de HEITZ et RENON (107). Dans l'observation de ces derniers il s'agit d'une femme de 60 ans, chez laquelle la ménopause, au lieu d'ouvrir l'évolution du syndrome de Dercum, paraît avoir arrêté le développement des masses adipeuses et provoqué par contre l'apparition de douleurs articulaires, comme par un jeu de bascule. En 1901, la thèse de VITAUT (135) rattache la maladie de Dercum à un trouble des fonctions thyroïdiennes. En Italie, GINO-NORDIA (89) publie en 1901 une revue générale ; CARDUCCI (19) la même année, reprenant l'hypothèse de l'origine thyroïdienne, essaie de développer cette idée que l'adipose] douloureuse, le goitre exophtalmique, le myxœdème, constitueraient un même

groupe résultant d'une lésion thyroïdienne primitive, laquelle tiendrait sous sa dépendance les troubles nerveux et les dystrophies. En 1902, Roux, de Saint-Etienne (110), publie un cas d'adipose douloureuse chez une femme de 63 ans, coïncidant avec un goître exophtalmique, et montre l'intérêt de cette association en faveur de l'origine thyroïdienne. En 1902, ODDO et CHASSY, de Marseille (91), rapportent un cas de maladie de Dercum chez une femme de 34 ans, avec troubles vasomoteurs et sclérodermie; ils insistent sur le diagnostic avec les nodosités rhumatismales et insistent également sur les heureux effets et l'opothérapie thyroïdienne. En Russie, J. KAPLAN et A. FÉDOROW (68) publient un cas de maladie de Dercum traité sans résultat par l'opothérapie thyroïdienne et la photothérapie; ils se rattachent à l'idée d'une obésité constitutionnelle sous la dépendance du système nerveux. PASQUINI (95) a vu chez sa malade le syndrome débiter à 45 ans sur un terrain névropathique: l'opothérapie thyroïdienne eut des résultats favorables. En 1902, RÉNON et LOUSTE (108) publient un cas avec formes nodulaires développées chez un homme de 47 ans.

A Vienne, RUDINGER (112) présente à la Société de médecine interne de Vienne une femme de 40 ans qui présenta deux ans après la ménopause des nodules douloureux avec un corps thyroïde paraissant normal. Une contribution d'une grande importance est apportée en 1902 par Dercum et son élève MAC GARTHY. Ils publient l'autopsie d'un de leurs cas; on en trouvera plus loin les détails, qui paraissent bien confirmatifs d'une lésion prépondérante du corps pituitaire. La thèse de SELLERIN (119), qui est une revue générale très complète, n'apporte pas d'opinion personnelle au sujet des glandes vasculaires sanguines qui seraient plus particulièrement en

cause. La même année, GILBERT BALLEZ (6) publie l'observation d'une adipose douloureuse développée chez une femme de 68 ans et qui remonte à plusieurs années ; la malade présenta en dernier lieu des troubles mentaux. Il pense que la maladie de Dercum comprendrait peut-être une polynévrite rendant compte de certains symptômes accessoires (sclérodémie, troubles vasomoteurs, atrophies musculaires, arthropathies) et du trouble essentiel de l'adipose; étiologiquement cette polynévrite pourrait résulter d'une lésion syphilitique (la malade a un fils de 26 ans paralytique général), ou d'une intoxication alcoolique, ou enfin d'un trouble dans le fonctionnement d'une glande vasculaire sanguine. L'opothérapie thyroïdienne n'eut d'ailleurs aucun succès.

En 1903, MARCOU (76) publie un cas minutieusement étudié d'une maladie de Dercum chez une vieille demoiselle de 68 ans ; le début des accidents remonte à une chute faite par la malade à l'âge de 57 ans. Les douleurs ont précédé l'œdème ; elles sont spontanées et provoquées ; tous les modes de sensibilité sont conservés ; l'atrophie musculaire, très avancée, ne s'accompagne pas toutefois d'une réaction de dégénérescence, ce qui contre-indique l'hypothèse d'une névrite. L'état psychique est remarquablement intact. En 1903, MM. DEXY et LE PLAY (28) rapportent un cas d'adipose douloureuse sous-cutanée symétrique et segmentaire chez une démente alcoolique et hérédéo-alcoolique ; les troubles intellectuels d'origine alcoolique ont passé progressivement à un état de démence d'abord agitée, puis apathique. Une observation analogue est celle de DIDE et LEBORGNE (31) à la Société de Neurologie de Paris (juin 1903) ; ici encore il y a évolution parallèle de la démence et de l'hyperthrophie lipomateuse. En 1904, DEBOVE (25) pré-

sente deux malades atteints d'adipose douloureuse. La première remonte à l'âge de 59 ans, s'accompagne de nodosités d'Heberden et paraît bien avoir été consécutive à des émotions morales chez un sujet névropathique. Le second cas se rapporte à une femme de 52 ans qui présente de la confusion mentale et quelques troubles vasomoteurs. En 1901, PENNATO (96) publie un cas particulièrement intéressant à cause de la présence de lésions dystrophiques du système osseux : il s'agit d'une femme de 35 ans chez laquelle la maladie a débuté il y a 12 ans par des douleurs des membres de la région thoracique et une asthénie progressive ; l'adipose suivit peu de temps après. Consécutivement, chute des dents, déformations diverses du squelette, raréfaction du tissu osseux. L'auteur ne pense pas à une association d'adipose et d'ostéomalacie ; car les troubles trophiques de l'os ne sont pas ceux de l'ostéomalacie post-puerpérale. C'est pourquoi l'auteur admet que les lésions osseuses font ici partie intégrale de la maladie de Dercum. En 1904, BONDET, de Lyon (13), publie un cas d'adipose douloureuse avec ses symptômes cardinaux mais avec participation de la face aux lésions ; la médication thyroïdienne n'apporta aucun résultat, la médication iodique produisit une réelle amélioration dans la plupart des symptômes. Les rayons X manifestent de même un heureux effet.

Dans sa thèse, MIQUEL (84) tend à rapprocher la forme diffuse d'adipose douloureuse de certaines variétés d'œdème nerveux ; il pense aussi qu'elle doit se confondre avec la lipomatose symétrique douloureuse. Nous retrouverons plus loin la discussion de tous ces faits à l'étude critique. En 1904, DELUC, VIC-FEZENZAC et ALAUX (26) apportent un cas nouveau développé chez

une femme de 62 ans. Il s'agit d'une adipose de Dercum à laquelle manque seulement un symptôme des troubles psychiques. L'étiologie offre cette particularité intéressante, qu'à partir de 10 ans se serait développée une tumeur de l'orbite expliquant l'apparition à 20 ans d'une amaurose absolue et la production d'une déformation à la racine du nez. On peut admettre vraisemblablement qu'il s'agit là d'un néoplasme¹ ayant intéressé la région juxta-hypophysaire et provoqué des troubles sécrétoires de la glande. En 1904, J. GHELFI (52) publie l'observation d'une adipose généralisée, chez une femme de 54 ans, avec tachycardie, tremblements et légère exophthalmie. Il existerait ainsi à la fois syndrome de Basedow et syndrome de Darcum. En 1905, FRAISSINEAU (39), dans sa thèse, rapporte trois observations d'adipose dues à SABRAZÈS. La première vise une femme de 54 ans, présentant depuis la ménopause une adiposité et des sensations de chaleur inaccoutumées, avec état psychique intact, mais émotivité ancienne. La seconde vise une femme de 63 ans, ayant eu une dizaine de grossesses et franchi sans accident la période de ménopause. L'adipose apparut progressivement, des troubles psychiques se sont établis (manié de persécution), l'asthénie est considérable. Le troisième cas remonterait à l'âge de 40 ans, le corps thyroïde paraît intact.

FRAISSINEAU ne se rallie formellement à aucune des

¹ On connaît depuis quelques années, à la suite des belles recherches d'Erdheim, les néoplasies para-hypophysaires provenant de vestiges du diverticule ectodermique qui donne naissance à une des ébauches de l'hypophyse. Elles ont souvent des caractères cliniques analogues aux précédents.

théories relatives à l'organe dont le trouble entraînerait l'affection, et ses conclusions sont éclectiques.

MAZIO (78) apporte en 1904 l'observation isolée d'un cas d'adipose douloureuse très intéressant en raison du sexe (il s'agit d'un homme de 48 ans) et des antécédents (antécédents alcooliques et hérédité névropathique).

AIEVOLI (4), 1905, considère à propos de plusieurs cas que l'adipose douloureuse ainsi que l'adénolipomatose symétrique sont en relation avec des œdèmes et des infiltrations des tissus cellulaires sous-cutanés. Il admet que toute une série de dystrophies comprenant les affections précédentes avec myxœdème et le trophœdème de Meige résultent des troubles fonctionnels ou des lésions de la circulation lymphatique.

TAYLOR et LUCE (133) rapportent un cas d'adipose qui se greffa sur une névrite alcoolique sûre; à la suite apparurent les troubles mentaux.

LE MEIGNEN et LÉVESQUE (86) publient l'observation d'un homme présentant une névrite alcoolique également certaine, chez lequel apparut un syndrome de Dercum et chez lequel le traitement par la teinture d'iode provoqua une régression d'assez longue durée.

GUILLAIN et ALQUIER (54) publient en 1906 un cas dont l'intérêt se tire surtout des notions histologiques relatives à certaines glandes vasculaires sanguines.

HASKOVEC (60) publie l'observation d'une malade n'ayant aucune particularité dans ses antécédents héréditaires. Il ne croit pas devoir préciser celles des glandes vasculaires sanguines qui seraient plus particulièrement en cause.

HALLOPEAU et BONDET (59) communiquent à la Société française de dermatologie un cas d'adipose remarquable

en raison du malade (homme de 43 ans), en raison de l'intensité des troubles psychiques et parétiques, en raison des phénomènes d'asphyxie locale et de la présence d'un mal perforant qui n'avait jamais été signalé encore dans la symptomatologie.

DE MASSARY (85) publie à la Société médicale des hôpitaux l'observation d'une maladie de Dercum à affinités tuberculeuses ; peu de temps après, LÉON BERTRAN (11) apporte un cas de même ordre.

En 1907, JOFFRE (6) essaie de montrer dans sa thèse que les troubles psychiques ne constituent pas un caractère essentiel du syndrome. FRAISSINEAU, dans son excellente thèse faite sous l'inspiration de SABRAZES, maintient l'individualité clinique du syndrome de Dercum.

En 1909, CRÉMIEUX (Thèse de Montpellier), à propos d'un cas d'adipose qui aurait été considérée longtemps comme du myxœdème, et qui parut dans la suite se rapporter plutôt à la maladie de Dercum, fait une revue consacrée d'ailleurs à la lipomatose symétrique douloureuse.

SÉZARY (122) rapporte 4 cas intéressants par ce fait que chez trois des malades la moindre pression, le moindre traumatisme amenait une ecchymose ; d'autre part chez la quatrième qui présentait un ictus on vit apparaître des placards purpuriques sur la jambe paralysée. PRUNIER (104) publie un cas d'adipose douloureuse chez une épileptique imbécile et aveugle. Cette observation est intéressante en raison de l'effet absolument nul de l'opothérapie thyroïdienne. DUPRÉ et GIROUX rapportent une observation intéressante également en raison de l'absence d'antécédents héréditaires au début de la ménopause et du développement incomplet de l'adipose : la culotte adi-

peuse ne descendait que jusqu'aux genoux ; en outre, la topographie était segmentaire.

En 1908, BERGERON (9) donne une observation présentant comme particularité l'état douloureux des gros troncs nerveux, et la présence, outre l'infiltration générale, de tout petits lipomes assez rares.

BERKOVITCH (20), dans sa thèse qui développe les idées de SICARD et en utilise les observations, essaie d'établir un rapport étiologique entre l'adipose douloureuse et les obésités génitales de la ménopause ou de la castration.

PRINET (103) publie à propos de deux observations de COMBEMALE une revue générale : dans un des cas la médication thyroïdienne entraîna une légère amélioration, dans l'autre elle paraît avoir été nocive.

Le cas de FAURBYC (35) est digne de remarque, parce qu'il s'agit d'un homme et que l'adipose est légèrement symétrique.

L'observation de FETTERMANN (37) et STRICKLER reproduisant certains caractères de celles de De Massary se rapporte à un cas d'adipose survenue au cours d'une tuberculose avancée.

JOSEPHOWITCH (67) apporte une contribution précieuse à l'étude de l'adipose de l'adolescence, son malade est un petit garçon de 12 ans.

Le cas de KLINGMANN (70) est celui d'une lipomatose énorme (240 livres anglaises) ; on fit l'ablation à l'aisselle droite d'une masse lipomateuse plus volumineuse et plus douloureuse que les autres.

Le cas de FONTAN (41) en 1909 est plus complexe ; il s'agit d'un homme chez lequel l'apparition de l'adipose douloureuse s'accompagne d'une diminution de la vue et du rétrécissement du champ visuel permettant peut-être

de soupçonner une tumeur de la région hypophysaire qui aurait comprimé le chiasma.

En 1909, PRICE (101-102) publie à propos de 2 cas observés dans le service de Dercum une revue générale où il paraît plutôt partisan de l'origine hypophysaire du syndrome.

Les examens histologiques de ces pièces étudiées au laboratoire de Dercum sont d'ailleurs très courts.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous étudierons successivement le début et la période d'état :

A. — Période de début

Parfois insidieux, il est marqué habituellement par des douleurs de siège et d'évolution variables. Les malades continuent, d'ailleurs, généralement à se livrer à leurs occupations ordinaires ; ensuite apparaît une tuméfaction de la peau assez mal limitée avec légères rougeurs. Désormais son développement suivra parallèlement l'accroissement de celles-ci. D'ailleurs ces manifestations du début sont entrecoupées de toute une série de poussées successives, qui s'atténuent en dernier lieu pour faire place à la constitution d'une tuméfaction désormais définitive.

Un second type de début est assez violent, la maladie d'allure aiguë s'accompagne de phénomènes généraux : fièvre, lumbago, langue saburrale, vomissements. Les

phénomènes douloureux sont parfois si marqués que les malades réclament la morphine (cas de Guicéandréa).

Remarquons, d'ailleurs, que le stade de début de l'adipose douloureuse est en somme incomplet au point de vue documentaire, la plupart des malades n'étant observées qu'à une date où la fluxion était depuis longtemps constituée.

B. — Période d'état

Nous étudierons successivement :

- 1° Les symptômes cardinaux ;
- 2° Les symptômes secondaires.

SYMPTÔMES CARDINAUX

1° L'ADIPOSE. — Elle offre deux aspects, nodulaire et diffus :

1° *La forme nodulaire* est caractérisée par de petites tumeurs mobiles dont le volume varie de celui d'une noix à celui d'une pomme. Ils ont bien la consistance pseudo-fluctuante du lipome. Elles apparaissent consécutivement à la phase d'œdème mou du début, et affectent une répartition très variable, épargnant toutefois presque toujours les mains, les pieds, le cou et la face. Alors que pour certains auteurs (Debove, Achard), ces masses sont toujours symétriques, d'autres (Renon, Heitz) pensent au contraire que l'absence d'une symétrie absolue est un bon caractère.

2° *Forme diffuse.* — C'est un œdème mou, dépressible même, mais ne conservant pas la marque du doigt. Son aspect varie suivant les régions.

1° Aux membres inférieurs, qui constituent son siège de prédilection, la tuméfaction en masse est complétée par une série de reliefs d'aspect mamelonné. Au-dessus des malléoles, la terminaison se fait brusquement sous forme d'un bourrelet saillant. Le pied paraît absolument intact.

2° Aux membres supérieurs la tuméfaction adipeuse commence vers le poignet, constituant un manchon dont la densité augmente à mesure qu'on se rapproche de la racine du membre. En dernier point c'est l'aspect de tuméfaction gigot qui est réalisé. Dans les cas avancés cette déformation devenue énorme contraste avec le volume réduit de la main restée indemne. Ajoutons que parfois la face postérieure du bras donne l'impression de bandes noduleuses allongées.

3° Au niveau du tronc, les ceintures scapulaires et iliaques constituent un lieu d'élection.

Ainsi, dans un des cas de Dercum, un bourrelet épais s'étendait depuis l'angle supéro-interne de l'omoplate jusqu'au dos, empiétant même sur la région lombaire ; la peau de l'abdomen forme un tablier d'épaisseur variable. Ajoutons que certains auteurs (Sellerin) ont proposé de diviser la forme diffuse en deux variétés :

1° L'une diffuse et localisée ;

2° L'autre diffuse et généralisée.

Une telle distinction ne nous paraît guère nécessaire ; en effet, la forme localisée est exceptionnelle, du moins la période d'état ; et la forme généralisée n'existe pas à proprement parler puisque toujours, comme nous l'avons

dit plus haut, certaines régions (face, cou, mains, pieds) sont respectées.

2° LES DOULEURS. — Elles sont spontanées ou provoquées.

a) *Douleurs spontanées.* — Précédant comme nous l'avons vu l'apparition de l'adipose, elles n'ont pas une localisation toujours superposable aux troncs nerveux et leurs modalités sont multiples (fourmillements, brûlures, froid, piquûres); il y a presque toujours des périodes de calme et d'autres d'exacerbation. L'abaissement de la température, la marche, les mouvements actifs, les vêtements trop lourds, les changements de régime alimentaire, les provoquent ou les exagèrent, et le repos au lit les calme presque toujours.

Il est intéressant de noter que ces douleurs spontanées peuvent être atténuées ou absentes; c'est ce qui se produit d'ailleurs même lorsqu'elles existent au bout d'un certain temps, les malades ne souffrant alors que lorsqu'on comprime leurs tissus; ajoutons qu'une sédation de même ordre s'observe parfois dans certaines obésités légèrement douloureuses d'origine génitale.

b). *Douleurs provoquées.* — Excessivement variables suivant les points ou les individus; parfois il faut presser fortement pour les susciter, alors que dans d'autres cas c'est le simple effleurement superficiel qui est le plus pénible.

3° L'ASTHÉNIE. — C'est un symptôme qui ne fait presque jamais défaut, mais qui est très variable. Elle varie d'une simple sensation de faiblesse au début jusqu'à un état d'abattement physique et moral com-

plet, les malades restant cantonnés au lit des journées entières.

Cette asthénie est d'ailleurs l'objet d'interprétations variables. Certains auteurs, comme Houël, la tiennent pour un signe accessoire, résultant soit de la douleur soit de l'abondance de l'adipose. Dans cette hypothèse les malades éviteraient de remuer parce qu'ils souffrent. Nous devons dire que l'examen des nombreuses observations jusqu'ici publiées ne paraît pas confirmer cette remarque, car il est des cas où avec très peu de douleur l'asthénie est très marquée. De même l'asthénie s'observe dans des formes nodulaires limitées. L'asthénie peut aller jusqu'à l'astasia-abasie d'après Sabrazès. A noter que la force musculaire quoique diminuée est toujours conservée.

4° TROUBLES PSYCHIQUES. — Il manquent totalement dans certaines observations, mais sont dans d'autres particulièrement marqués. Souvent ils ressemblent à ceux d'une simple neurasthénie, changement brusque de caractère qui devient irritable, acariâtre, triste, crises de larmes à la suite de la moindre contrariété, tentatives de suicide (malades de Bondet, Deny et Le Play, Gilbert, Ballet) ; d'autres fois on observe de l'amnésie partielle ou totale ou encore de véritables troubles mentaux : ainsi on a signalé la démence alcoolique (Deny et Le Play), la psychose épileptique (Féré), l'agitation catatonique (Dide et Leborgne). A propos de ces troubles mentaux il est de la plus haute importance de préciser leur rapport chronologique avec l'adipose ; car il est de toute évidence que les manifestations hystériques ou épileptiques survenues pendant la jeunesse ne sauraient repré-

senter des troubles prémonitoires d'un syndrome de Dercum.

SYMPTOMES SECONDAIRES

Ce sont des troubles vasomoteurs, moteurs, sensitifs, sensoriels et trophiques.

1° Les TROUBLES VASOMOTEURS se manifestent principalement par des hémorragies, et surtout des métrorragies, lesquelles se reproduisent parfois régulièrement tous les mois, alors même que les malades ont dépassé l'âge de la ménopause.

Ces hémorragies offrent d'autres formes nombreuses (épistaxis, hématoméses, purpura, hématomes sous-cutanés) ; elles sont spontanées ou consécutives à de légers traumatismes. Chez certains malades il existe un développement anormal du réseau des veines superficielles expliquant la formation d'ecchymoses au moindre contact un peu brusque (observations de Eshner, Oddo et Chassy, Deny et Le Play, Bondet, Debove, Delueq et Alaux).

Signalons d'autres troubles vasomoteurs tels que : varicosités à la face, congestion du visage, cyanose transitoire des extrémités.

2° TROUBLES MOTEURS. — Ils débutent généralement par les mains ; ils sont plutôt en rapport avec l'asthénie et l'obésité, il n'y a pas d'atrophie musculaire ; la force musculaire est conservée ; les réflexes tendineux et musculaires sont ordinairement normaux, on les a trouvés parfois diminués mais jamais exagérés.

3° TROUBLES SENSITIFS ET SENSORIELS. — Les phénomènes douloureux étant étudiés précédemment, il suffit d'indiquer l'existence des céphalées, du prurit, des crampes.

Les modifications objectives de la sensibilité au contact à la chaleur, à la douleur, sont rares.

4° TROUBLES TROPHIQUES. — On a noté des paralysies oculaires, du rétrécissement du champ visuel (Sabrazès), des bourdonnements d'oreilles (Eshner). Les réflexes à la lumière et à l'accommodation sont ordinairement intacts.

L'acuité de l'ouïe est très souvent diminuée, les bourdonnements d'oreilles s'accompagnent de vertiges très tenaces et des bouffées de chaleur.

L'odorat et le goût habilement intacts ont été trouvés altérés dans un des cas de Dercum.

ETIOLOGIE

Le syndrome de Dercum frappe surtout les femmes, mais moins exclusivement que certains auteurs ne l'ont dit. Il n'apparaît presque jamais avant l'âge de 40 ans, mais il existe des cas très intéressants développés chez de jeunes sujets. Ainsi la malade de Hale-White n'avait que 22 ans, le malade d'Ewald en avait 17.

Le traumatisme mérite une mention particulière. Le malade de Delucq et Alaux présente les premiers symptômes quinze jours après une chute à l'âge de 10 ans ; celui de Bondet aurait fait une chute sur le verglas à l'âge de 33 ans. De même les malades d'Eshner, Guidéandréa, de Marcou, rapportent la série de symptômes aux traumatismes antécédents. Rappelons enfin la fillette de 9 ans étudiée par Madelung chez laquelle l'adipose apparut consécutivement à un coup de feu dans la région pituitaire.

L'alcoolisme personnel ou héréditaire est souvent noté.

L'hystérie et l'épilepsie ne sont pas moins fréquentes dans les antécédents. Les deux cas étudiés par Féré en

particulier sont rapportés à des hystériques qui furent améliorés par l'hydrothérapie.

La syphilis mérite aussi d'être signalée, les six malades observés par Collins étaient syphilitiques. La malade de Gilbert Ballet a un fils de 26 ans, atteint de paralysie générale. La malade de Hale White était une hérédosyphilitique. Les syndromes de Dercum apparurent chez elle vers la puberté.

Les émotions morales sont invoquées dans plusieurs observations.

L'hérédité directe chez les ascendants ou les collatéraux ne figure par contre dans aucune, du moins en ce qui concerne l'adipose douloureuse, car l'obésité simple est parfois mentionnée. Le climat, l'accouchement, l'allaitement paraissent avoir été, à tort invoqués.

Certaines maladies infectieuses ont été considérées comme les causes déterminantes ; ainsi Dercum signale le rhumatisme, Sabrazès et Léger ont insisté sur la grippe. Tout récemment on a soutenu les affinités tuberculeuses de l'affection, d'après deux cas communiqués en particulier à la Société des hôpitaux de Paris, par de Massary et Bernard, mais il semble que, de tous les facteurs indiqués, celui dont le rôle est prépondérant est représenté par la MÉNOPAUSE ; dans la plupart des cas d'adipose douloureuse chez la femme le syndrome n'apparaît en effet qu'après la ménopause, ou du moins après une interruption des fonctions menstruelles. La malade étudiée par Prinet eut une métrorragie abondante à la ménopause et l'adipose se montra peu après. Néanmoins, il faut remarquer que ce rôle attribué à la ménopause n'est pas absolument constant, puisque dans d'autres cas (malades de Rénon et Heitz) la ménopause paraît plutôt avoir atténué le tableau clinique. Ce rôle

étiologique de la ménopause soulève d'ailleurs des interprétations multiples, et c'est toute la question des rapports de l'insuffisance ovarienne avec l'adipose douloureuse qui est en jeu : il y a des cas où le syndrome paraît s'être développé consécutivement à l'ovariotomie double. Nous verrons plus loin la discussion sur la nature et les affinités de la maladie de Dercum, et l'importance de tous ces faits.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la maladie de Dercum est souvent délicat et mérite toujours d'être contrôlé. Ses éléments sont représentés, en effet, par des symptômes dont les uns, tels que l'obésité, sont considérés souvent par l'entourage des malades comme dépourvus d'intérêt, et dont les autres (asthénie, manifestations douloureuses, troubles psychiques) peuvent être isolés ou incomplets.

De plus, ces mêmes symptômes se retrouvant groupés plus ou moins complètement dans la série des affections qu'on doit exclure, la difficulté de la distinction s'en trouve augmentée d'autant.

Le diagnostic différentiel doit envisager successivement :

- 1° Les adiposes à répartition diffusé ;
- 2° Les adiposes à répartition nodulaire.

I. — Adipose à forme diffuse

Elle doit être distinguée :

- a) *De l'obésité banale.* — Sa répartition est différente.

Elle est diffuse, généralisée à toutes les parties du corps, n'épargnant ni la face ni les extrémités. Les douleurs et les troubles nerveux font défaut. Néanmoins, certaines obésités douloureuses de la ménopause pourront rendre parfois ce diagnostic difficile en dehors de toute donnée fournie par l'évolution clinique.

b) *Du myxœdème spontané* de l'adulte ou du vieillard. — L'adipose n'est ordinairement pas douloureuse, pas localisée, elle prédomine à la face, dont la bouffissure est caractéristique.

Il y a parfois une certaine analogie avec le syndrome de Dercum au point de vue des troubles intellectuels ou psychiques, mais habituellement c'est l'expression de stupeur et d'hébétude qui caractérise le myxœdémateux.

Les lésions du système pileux sont plus accentuées, les ongles et les poils sont cassants.

L'opothérapie thyroïdienne agit enfin d'une façon si remarquable, qu'elle constitue l'élément peut-être le plus utile du diagnostic.

c) *L'éléphantiasis des Arabes* ne s'observe, dans nos pays, que chez d'anciens coloniaux.

Il montre un œdème dur, résistant, généralement localisé au membre inférieur, et s'accompagnant de lésions de l'épiderme.

L'évolution offre d'ailleurs des épisodes aigus.

d) *Les œdèmes d'ordre nerveux*. — Dans les états hystériques, hémiplegiques, dans les névrites, dans les lésions de la moelle, dans la maladie de Baselow, existent des adiposes transitoires ou durables, de signification variable, qui se différencient de l'adipose de Dercum, moins par leurs caractères physiques que par ce fait

que les malades sont classés à l'aide de leurs symptômes nerveux.

e) Meige a décrit en 1899, sous le nom de trophœdème chronique héréditaire, une affection ainsi définie : œdème chronique, uni ou bilatéral, indolore, localisé de préférence aux membres inférieurs.

Ces caractères la rapprochent de l'adipose de Dercum, mais elle s'en différencierait par ce fait que l'œdème n'y respecte pas les extrémités et se poursuit de la jambe à la base des orteils. De plus, cet œdème est mou, alors que celui de l'adipose douloureuse ne garde pas l'empreinte.

L'évolution clinique est d'ailleurs bien différente. Il s'agit d'une affection familiale héréditaire, congénitale, et qui se poursuit parfois durant toute la vie sans rémission.

f) Mathieu (80) a décrit, sous le nom de pseudo-éléphantiasis neuro-arthritique, une forme paraissant superposable par certains points au syndrome de Dercum. Les malades présentent un œdème symétrique des deux jambes épargnant les pieds et s'accompagnant de douleurs généralement localisées. Quel rapport d'analogie unit le syndrome décrit par Mathieu à l'adipose de Dercum ? En l'absence de constatations anatomiques, nous ignorons la valeur et l'intérêt de ce diagnostic différentiel.

g) Dide (31) a décrit, sous le terme de pseudo-œdème catatonique, un syndrome caractérisé par la localisation de l'œdème à la région dorsale du pied et à la partie inférieure des jambes. Il s'accompagne de troubles trophiques divers (cyanose, asphyxie bilatérale, ecchymoses spontanées).

Cet œdème paraît bien distinct par sa localisation de

celui de la maladie de Dercum, toutefois Dide déclare qu'il peut coexister avec elle.

II. — Adipose à forme nodulaire

Elle se distingue assez facilement :

1° *De la neuro-fibromatose généralisée* (maladie de Recklinghausen).

Celle-ci est ordinairement congénitale, les nodules sont durs, fibreux et localisés sur le trajet des nerfs.

La face et les extrémités sont souvent intéressées.

La peau offre des taches pigmentaires.

L'asthénie et les troubles psychiques sont plus marqués que le syndrome de Dercum.

Nous retrouverons d'ailleurs, au sujet de la maladie de Recklinghausen, des rapprochements intéressants au chapitre des affinités du syndrome de Dercum.

2° *L'adéno-lipomatose symétrique* (de Lannois et Bensaude) offre des productions graisseuses localisées à la nuque et au cou, en forme de collier.

Les caractères physiques de l'œdème sont analogues mais l'aspect général est tout différent.

3° *L'atrophie musculaire pseudo-hypertrophique* (de Duchenne) ne sera pas confondue en raison de son développement dans l'enfance et de ses caractères : siège de l'hypertrophie dans la région du mollet et des fesses ; intégrité complète du tissu cellulaire sous-cutané.

Nous nous contenterons de citer sans insister :

4° Les névromes plexiformes.

5° Le molluscum généralisé multiple, pédiculé, indolent, rarement localisé aux membres.

6° Les gommès.

7° Les nodosités de l'érythème noueux.

8° Les dermatomyoses multiples.

9° La sarcomatose cutanée.

10° *La lipomatose symétrique douloureuse*. — Son début est généralement insidieux, très lent, il s'effectue chez des jeunes ou des adultes jeunes ; les lipomes sont mous et mal délimités ; leur distribution est rigoureusement symétrique ; les douleurs font enfin défaut.

Nous verrons plus loin que certains de ces signes distinctifs ne sont pas absolus, et que pour plusieurs auteurs les deux affections auraient certains rapports l'une avec l'autre.

Enfin il est deux diagnostics différentiels qu'il convient d'envisager, aussi bien dans la forme nodulaire que dans la forme diffuse. Ce sont le rhumatisme et la maladie de Mœbius.

1° Le rhumatisme : La tuméfaction qu'il réalise ne donne pas la sensation de tissu élastique adipeux. Il s'accompagne de poussées fébriles lorsque l'adipose est toujours apyrétique. Les douleurs et la tuméfaction sont articulaires ; les nodosités d'Heberden enfin n'ont pas la consistance élastique des nodules de l'adipose douloureuse. Les troubles psychiques et l'asthénie sont exceptionnels.

2° L'*akinesia algera* (impossibilité de remuer sans douleur), décrite par Mœbius (87) en 1891, offre les caractères suivants : les mouvements sont douloureux et entraînent une douleur qui peut persister pendant plusieurs heures au repos. Les malades sont des sujets généralement pourvus de tares héréditaires, l'affection est de nature fonctionnelle psychique ; il n'y a pas d'adi-

pose en dehors d'une certaine coïncidence due au hasard. Les deux sexes sont également atteints et l'affection guérit contrairement à ce qu'on observe dans le syndrome de Dercum.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I. — Anatomie microscopique des nodules graisseux

Les biopsies ont permis de rechercher leur structure histologique. En particulier, Dereum a obtenu les résultats suivants par ponctions successives dans un cas.

Premier examen : Fragments graisseux montrant des cellules fusiformes à gros noyaux, pas de cellules graisseuses.

Deuxième examen : On ne trouve qu'un tissu conjonctif peu abondant avec quelques cellules adipeuses.

Troisième examen : Tissu conjonctif réticulé avec éléments vasculo-nerveux.

Ces constatations tendent à indiquer qu'on peut observer toute une série d'états intermédiaires entre le gonflement œdémateux, l'état adipeux vrai et la sclérose.

Vitaut, Louste trouvent des fragments graisseux d'aspect histologique normal. L'examen chimique de la graisse montre simplement que son acidité est inférieure à celle de la graisse normale.

II. — Autopsies

Elles sont malheureusement peu nombreuses, le nombre de 10 n'a pas encore été atteint. La plupart de celles dont on possède la relation sont dues à Dereum. Dans ces dernières on trouve à l'examen des filets nerveux périphériques, une névrite interstitielle avec diminution et atrophie des fibres nerveuses dans les filets sous-cutanés, mais rien dans les gros troncs ; dans une de ces autopsies Dereum signale une dégénérescence des cordons de Goll dans la région cervicale. La quatrième autopsie faite par BURR (10) montra une hydromyélie avec des lésions de chromatolyse dans le groupe latéral externe des cellules de la moelle, toujours de la névrite des filets sous-cutanés. Gilbert Ballet (6) trouve une névrite interstitielle parenchymateuse discrète dans un grand nombre de filets sous-cutanés. Par contre les racines, la moelle, le corps cérébral étaient intacts. L'autopsie faite par Dereum et Carthy (29) montra de même des lésions de névrite interstitielle. En résumé ces constatations déjà anciennes sont en faveur d'une lésion presque constante du système nerveux périphérique, avec retentissement inconstant et même rare sur le système nerveux central.

Mais plus importantes peut-être que les altérations du système nerveux périphérique sont les lésions des divers organes glandulaires, en particulier celles du système endocriné. Dans ses trois premières autopsies Dereum avait constaté des lésions du corps thyroïde :

hypertrophie avec infiltrations calcaires, atrophie avec nodules.

Burr (16) trouvait des altérations analogues avec conservation du volume de la glande. Gilbert Ballet (6) trouve une véritable cirrhose diffuse du corps thyroïde ; la fréquence de ces lésions thyroïdiennes donna pendant longtemps un certain appui à la théorie de l'origine thyroïdienne du syndrome. En fait, ces observations anciennes de divers auteurs, soit qu'elles aient été succinctes ou rudimentaires au point de vue histologique, soit qu'elles n'aient pu porter sur la totalité des glandes vasculaires sanguines, n'ont pas la valeur documentaire qu'on peut attendre d'autopsies complètes pratiquées dans des conditions assez favorables. Nous ne connaissons à vrai dire à l'heure actuelle que deux cas où la plupart des glandes endocrines étaient examinées, et encore pas d'une façon complète : l'un est celui de Dercum-Mac Carthy, l'autre celui d'Alquier et Guillaïn (54).

CAS DE DERCUM-MAC CARTHY

L'hypophyse est considérablement augmentée de volume et avec des caractères paraissant indiquer une sécrétion continue ou exagérée. Les lacs de colloïde sont abondants. Le corps thyroïde présente des altérations variables portant à la fois sur l'élément épithélial et l'élément conjonctif.

a) Lésions épithéliales : Accumulation de colloïdes, lésions dégénératives des cellules de bordure.

b) Lésions conjonctives : Sclérose diffuse, hémorragie.

Capsules surrénales ne présentant rien de particulier.

Ovaires : scléro-kystique en certains points ; ils présentent en d'autres une lésion très intéressante, donnant l'impression d'une néoformation épithéliale primitive.

CAS DE GUILLAIN ET ALQUIER

EXAMEN DES ORGANES A L'AUTOPSIE. — a) *Le tissu adipeux*. — Sa structure est identique à celle de la graisse sous-cutanée ; il est constitué par d'énormes vésicules adipeuses renfermées dans un tissu cellulaire à travées minces, formées par un tissu conjonctif adulte. Partout les travées sont d'égale épaisseur, il n'y a pas trace de capsule fibreuse, ni de plan de clivage autour des pseudo-lipomes qui se continuent sans aucune démarcation avec l'infiltration diffuse du voisinage. Dans les travées conjonctives, nous n'avons trouvé que des cellules conjonctives adultes à longs prolongements, à corps grêle et granuleux ; c'est à peine si de temps à autre on voit quelques rares cellules de corps granuleux plus volumineux, chargées de granulations ; nous avons en vain cherché les mastzellen, souvent si peu abondantes dans les lipomes vrais.

b) *Les viscères*. — Cœur grasseux. Légère sclérose diffuse du myocarde.

Poumons : Congestion, diapédèse, par places petits foyers de broncho-pneumonie, pas de lésions chroniques.

Foie : Sclérose hiveineuse irrégulière, considérable, cellules mal différenciées.

Reins : Glomérules infiltrés de graisse et en général atrophiés, sclérose considérable, lésions cytologiques des cellules des tubes contournés (tuméfaction, trouble, desquamation).

Rate : Elle ne présente d'autre altération qu'une atrophie considérable des corpuscules de Malpighi.

- c) *Lésions des glandes endocrines.* — Corps thyroïde très hypertrophié macroscopiquement (56 gr.) ; il est histologiquement constitué par des vésicules bien développées, souvent de dimensions très supérieures à la normale (parfois le double), remplies d'une substance colloïde ayant l'aspect et les réactions tinctoriales de l'état normal, très dense dans certaines vésicules ; le tissu interstitiel est dense, fibreux, plus abondant que normalement.

Hypophyse : Son volume est doublé.

Sa portion nerveuse n'offre aucune particularité notable, la portion glandulaire montre l'aspect suivant :

Le tissu conjonctif est très abondant, sous forme de travées fibreuses irrégulières ; en certains points, surtout à la périphérie, celle-ci est presque exclusivement composée de grandes cellules claires, à protoplasma acido-phile, renfermées dans des espaces allongés dans lesquels elles sont disposées sans ordre sur un ou deux rangs *irréguliers*. Au contraire, au centre il existe une disposition alvéolaire rappelant celle du carcinome.

La limite entre la portion nerveuse et la portion glandulaire est peu nette, des travées irrégulières de cellules glandulaires pénètrent dans la portion nerveuse. Les vaisseaux sanguins ne présentent rien de particulier.

AFFINITÉS DE LA MALADIE DE DERCUM

Par ses caractères cliniques la maladie de Dercum se rattache à des obésités de type et d'origine variables, ainsi qu'à la lipomatose symétrique douloureuse, par certains de ses caractères anatomiques (lésion de névrite interstitielle), et par d'autres caractères cliniques elle confine également à la neuro-fibromatose généralisée (maladie de Von Recklinghausen). Essayons de préciser ses limites et ses connections de façon à compléter ce qui a été dit plus haut au chapitre du diagnostic.

1° *Avec la maladie de Recklinghausen.* — La distinction paraît s'imposer. Il s'agit ici d'une affection caractérisée par des tumeurs cutanées, des tumeurs disséminées le long des troncs nerveux et des taches pigmentaires : néanmoins il existe une forme très intéressante mise en évidence par Francis Harbitz¹, professeur d'anatomie pathologique à Christiania, et caractérisée par l'aspect de l'éléphantiasis, et l'on conçoit ainsi que la confusion puisse être commise dans certains cas. Il ne paraît pas toutefois que, dans les cas jusqu'ici publiés, cette erreur ait été commise. D'ailleurs ce *pachydermocèle*, assez rare dans le syndrome de Recklinghausen, intéresse souvent la face (cas 7 et 8 de Harbitz), alors qu'elle est épargnée presque toujours dans l'adipose douloureuse : de plus il

¹ Multiple neurofibromasis (Von Recklinghausen's Disease, F. Harbitz. *The Archives of Internal Medicine*, February 1909).

est assez souvent familial et héréditaire (pendant cinq générations (observation 9 de Harbitz).

2° *La lipomatose symétrique douloureuse* a des caractères distinctifs qui ont été résumés précédemment ; néanmoins certains auteurs (Cheinisse (22), Berkowitch (10) les croient insuffisantes au point de vue des affinités pathogéniques. Ils font remarquer en particulier que le mode de début est insidieux pour les lipomes comme pour l'adipose, que si l'âge d'apparition des premiers (20 à 35 ans) diffère pour la seconde (40 ans), il existe cependant des cas d'adipose chez des sujets jeunes ; d'ailleurs l'âge ne saurait suffire à établir une distinction entre deux lésions. La symétrie des lipomes, d'ailleurs inconstante (Queinnee (105), ne constitue pas un caractère puisque l'adipose est souvent symétrique. Le principal argument en faveur de la distinction est la douleur, la lipomatose étant indolore ; or certains auteurs ont signalé dans la lipomatose des douleurs, des névralgies, des névrites (Fieber, Mathieu, Bucquoy, Bouju (15). On ajoute enfin que l'influence du traumatisme et de la ménopause a été signalée (Kottnitz) dans la lipomatose. Il résulterait de toutes ces considérations que la forme nodulaire de l'adipose douloureuse ne devrait pas être considérée comme un type morbide distinct de la lipomatose symétrique douloureuse.

Nous croyons avec Fraissineau que cette assimilation est peut-être prématurée, car l'évolution clinique des deux affections paraît malgré tout devoir être différenciée. Nous allons retrouver l'importance de cette notion de l'évolution dans les rapports du syndrome de Dercum avec les obésités générales.

3° *Les obésités d'origine génitale* peuvent être rapprochées à l'aide d'arguments multiples, favorables à l'idée

d'une pathogénie ovarienne commune. Sicard et Roussy ont essayé les premiers de développer cette idée à l'aide des arguments suivants : 1° La maladie de Dercum est presque toujours une maladie de femmes et débute à la ménopause ; de rares cas ont été signalés chez l'homme ; il semble que l'insuffisance de la glande génitale puisse être invoquée à leur propos : un des cas de Dercum montre à la fois une tumeur du corps pituitaire, et une atrophie du testicule. Le syndrome serait ainsi lié à l'arrêt ou à l'insuffisance de la fonction ovarienne. 2° Les observations de certains chirurgiens sur les ovariectomisées anciennes montreraient dans certains cas l'apparition du syndrome.

Voici par exemple la statistique Glaevecke 55 citée par Jayle : sur 100 ovariectomisées, l'adipose survient avec le degré de fréquence suivant :

Pas de modification.....	7.5 %.
Augmentation moyenne.....	35 %.
— „ considérable	57 %.

Les troubles mentaux sont ainsi répartis :

Pas de changement dans l'état mental	33 %.
Changement dans l'état mental.....	67 %.

Parmi ces modifications : dépression mélancolique 50 % ; légère excitation 37 % ..

Asthme et douleur sont également très souvent notés dans les observations de Glaevecke.

De même dans la série des publications de Jayle, on trouve longuement étudiée une tétrade symptomatique qui rappelle celle de l'adipose douloureuse : voir, en effet les têtes de chapitres : les modifications de carac-

tère, les états neurasthéniformes, les troubles mentaux divers, les troubles de la nutrition, l'adipose, l'amaigrissement des seins, l'asthénie neuro-musculaire, et enfin la rachialgie et les douleurs variées. Et les partisans de cette interprétation ajoutent que si les gynécologues avaient minutieusement étudié la topographie de l'adipose, sa distribution, sa progression, son mode d'évolution, ils auraient retrouvé dans leurs anciennes opérées des cas nombreux de maladie de Dercum. Berkowitch dans sa thèse déclare qu'une observation ancienne du travail de Bailly (7) offre la plupart des symptômes de l'adipose douloureuse qui aurait ainsi été décrite 17 ans avant la première publication de Dercum.

Voici certaines observations paraissant favorables à l'idée d'un rapport de cause à effet entre une ménopause prématurée ou brusque et le début d'adipose douloureuse :

OBSERVATION DE DERCUM, 1888

Femme de 51 ans, réglée à 15 ans, mariage à 17 ans.
« La ménopause survient brusquement à 35 ans. Depuis cette époque, jusqu'il y a deux ou trois ans, sa santé se maintient bonne, et à part une augmentation de poids la malade ne se rappelle de rien qui vaille la peine d'être signalé. » Vers 48 ou 49 ans, début de l'adipose douloureuse.

OBSERVATION DE HENRY, 1891

Femme de 65 ans « réglée à 11 ans régulièrement jusqu'à 35 ans. A cet âge la menstruation cesse brusquement. » La maladie a commencé à 51 ans. Dercum a fait l'autopsie de cette femme : Poids 150 kilogrammes, la glande thyroïde est petite, indurée, infiltrée de matières calcaires. Ovaire droit kystique : hydro-salpinx à gauche (environ 6 onces de liquide), utérus un peu gros.

OBSERVATION DE DERCUM, 1892

Femme de 60 ans. Pas de grossesse. Ménopause à 46 ans. Il y a quelques années, apparition d'une tumeur derrière le cou. Les règles deviennent plus abondantes que normalement.

OBSERVATION DE FÉRÉ, 1898

Femme de 46 ans. « La ménopause se produit brusquement à 41 ans. Elle avait ses règles quand elle fut réveillée subitement une nuit par une chute que fit son mari qui se levait dans l'obscurité. Elle eut peur, l'écoulement se suspendit et ne reparut plus. » En même temps apparition de l'obésité, des douleurs et des nodosités.

Voici un second groupe de cas relatifs à l'apparition de l'adipose consécutivement à l'ovariotomie.

OBSERVATION DE LA THÈSE DE BAILLY

Femme de 32 ans, très nerveuse, constitution assez faible, ovariatisée des deux côtés à la suite d'un kyste ovarique unilatéral, par Benjamin Anger en 1868. Trois ans après : *embonpoint remarquable*, douleurs spontanées, survenant irrégulièrement et par intervalles à la suite des efforts ; ces douleurs siégeant dans tout le flanc gauche s'accompagnent de crampes et de fourmillements au réveil. Le poids de la malade a passé de 45 kilos à 125. La face sans être bouffie est pleine, l'hypertrophie graisseuse est généralisée. Profondément hystérique avant l'opération ; son état nerveux a fait place au calme le plus plat ; sa voix a changé, la vue et l'ouïe ont diminué.

1^{re} OBSERVATION DE SICARD ET ROUSSY

Service de M. Raymond à la Salpêtrière)

Adipose douloureuse, suivie d'ovariotomie

Femme, 33 ans, antécédents héréditaires et personnels névropathiques, hystérectomisée à 30 ans par M. Richelot. 3 mois après l'opération, apparition d'un œdème

des membres inférieurs bilatéral symétrique, dur et d'emblée douloureux. L'abdomen et l'épaule sont gagnés, la face et les pieds restent indemnes. Le poids de la malade deux mois après l'opération a passé du chiffre primitif de 64 kilos à celui de 79. Douleurs spontanées, et provoquées par la palpation, troubles mentaux (asthénie, mélancolie) très marqués.

2^e OBSERVATION DE SICARD ET ROUSSY

(Service de Darier à la Pitié)

Femme de 31 ans, opérée à 29 ans d'hystérectomie vaginale totale. Rien de particulier dans les antécédents.

Un mois et demi après l'opération, œdème mou périmalléolaire avec troubles psychiques, aboulie, mélancolie et idées de suicide. Un an après, l'adipose envahit symétriquement les deux membres inférieurs ; deux ans après, elle s'est accrue considérablement. Sa forme est celle du pantalon de zouave avec arrêt en forme de bourrelet au-dessus de la cheville. Les pieds sont indemnes. L'abdomen et les bras sont envahis et la face est intacte ; douleur spontanée, et à la palpation troubles objectifs de la sensibilité pouvant faire penser à un œdème hystérique ; asthénie et troubles mentaux persistants ; résultats absolument nuls du traitement thyroïdien employé à plusieurs reprises.

OBSERVATION DE SICARD ET BERKOVITSCH

(Société médicale des Hôpitaux, 1908)

Femme de 25 ans, antécédents personnels et héréditaires névropathiques, opérée d'hystérectomie subtotale avec abstraction bilatérale par le professeur Pozzi. Poids au moment de l'opération, 50 kil. ; 3 mois après, 62 kil. ; 2 ans après, 70 kil. Nodosités d'adipose dans la moitié inférieure du corps ; ailleurs, adipose diffuse moins marquée, douleurs vives spontanées ; la face et les mains sont respectées par l'adipose ; troubles psychiques et asthénie très marqués, corps thyroïde de volume normal ; effets favorables mais transitoires de l'opothérapie ovarienne ; disparition des troubles psychiques et diminution de l'asthénie, par contre l'adiposité et les crises douloureuses persistent.

L'ensemble des faits de cette catégorie paraît à Berkovitsch suffisant pour considérer la maladie de Dercum comme un syndrome d'insuffisance ovarienne. Il faut remarquer aussi que les limites cliniques assignées par Dercum paraissent parfois s'estomper. On trouve des obèses présentant des boules graisseuses localisées non douloureuses, alors que chez d'autres obèses l'adipose uniforme accuse des douleurs variables. De plus, l'asthénie et les modifications psychiques font assez souvent partie de l'obésité dite simple.

Nous sera-t-il permis d'avoir sur cette interprétation une opinion personnelle ? Evidemment non ! mais néan-

moins il nous paraît d'après l'examen de beaucoup d'observations que les conclusions de Berkovitsch sont, sinon inexactes, du moins prématurées. Il ne suffit pas, en effet, de retrouver chez une ovariectomisée pendant un certain temps un ensemble symptomatique analogue à celui du syndrome de Dercum pour conclure à l'identité. L'évolution clinique n'est pas en effet la même : inconstante et variable dans l'obésité et la castration, elle est au contraire assez uniforme dans le cas précédent et Berkovitsch lui-même reconnaît, à propos de la deuxième observation de Sicard et Roussy, que si l'adipose et l'asthénie ont persisté, par contre la douleur s'est amendée, les nodules lipomateux se sont affaïssés, et les troubles psychiques ont diminué postérieurement à la présentation de la malade. Elle est actuellement une obèse simple et Berkovitsch déclare formellement : « Chez elle on ne saurait penser aujourd'hui à un autre diagnostic. » Qu'on nous permette d'ajouter que le rapport avec la castration n'est pas plus rigoureux qu'avec la ménopause elle-même ; de même que certains cas d'adipose ont été améliorés par la ménopause, il se pourrait peut-être que l'ovariectomie en fasse régresser certains. Il est acquis depuis longtemps par la physiologie expérimentale que l'ovariectomie entraîne des réactions glandulaires complexes, en particulier surrénales et hypophysaires ; mais de là à conclure qu'un syndrome de Dercum établi d'une façon définitive, permanente, puisse relever sûrement d'une origine ovarique primitive et exclusive, il y a loin.

Il faudrait souligner aussi la rareté relative de l'adipose douloureuse, par opposition au nombre considérable des ovariectomisées depuis les progrès de la chirurgie pelvienne. On ne saurait méconnaître les faits

typiques d'adipose apparue en dehors de toute ovariotomie ou ménopause, par exemple chez les hommes adultes ou les adolescents. En résumé, les rapprochements de toutes les particularités étiologiques ou symptomatiques, sans apporter aucune notion absolument précise sur le rôle de l'ovaire, montre néanmoins qu'il doit y avoir, à la base de l'adipose douloureuse, autre chose que la simple déficience de la fonction ovarique. C'est ce que va nous montrer l'étude pathogénique. Nos conclusions, au sujet des affinités de la maladie de Dercum, seraient donc, d'après l'examen de toutes les observations examinées, plutôt favorables à l'individualisation clinique de l'adipose douloureuse conformément aux idées de Dercum. Malgré les conclusions discordantes de plusieurs auteurs, nous ne voyons pas l'avantage qu'il y aurait à la confondre avec la lipomatose symétrique douloureuse d'une part, les obésités de la ménopause, de l'ovariotomie d'autre part. Nous laissons de côté la maladie de Recklinghausen, dont les lésions histologiques spéciales si bien étudiées récemment par Harbitz, font, et pour longtemps, un type autonome. Nous croyons devoir insister surtout sur la distinction avec les obésités génitales précédentes ; il est vraisemblable qu'on sera amené à établir dans ce groupe d'obésité des formes intermédiaires reliées les unes aux autres comme les anneaux d'une même chaîne, mais ces liens pathogéniques encore mal appréciables ne sauraient exclure la nécessité d'une classification provisoire. Cette démarcation est d'autant plus nécessaire qu'en son absence on s'autoriserait peut-être imprudemment à poser des contre-indications au sujet de l'ablation des annexes.

ESQUISSE PATHOGÉNIQUE

Dans la recherche de l'origine du syndrome, il est évident que le système nerveux joue un rôle, mais il est resté longtemps difficile de préciser quelle était la partie du système nerveux intéressée. Primitivement Dercum, frappé par l'existence de nombreux filets nerveux altérés, avait adopté la théorie d'une polynévrite, mais sans pouvoir lui assigner une origine constante. Puis, ayant rencontré une dégénérescence dans les cordons postérieurs, il ne voulut pas exclure une origine médullaire. Il découvrit également des lésions cérébrales diverses dans les circonvolutions et les scissures ; il est vraisemblable qu'elles sont en rapport avec les troubles psychiques et mentaux. En retenant comme lésion fréquente cette polynévrite, quels en seraient les facteurs ? En présence de névrites périphériques on pense tout naturellement aux intoxications. Mais quel est l'agent en cause ?

La SYPHILIS est notée dans plusieurs observations, mais elle n'est pas constante, elle est même rare, et en raison du nombre considérable de syphilitiques pourquoi observerait-on si peu de maladies de Dercum. Conten-

tons-nous donc d'indiquer que si la spirochetose héréditaire peut faire des dystrophies (par exemple certains gigantismes), il ne semble pas qu'elle ait une action particulière dans les lésions du syndrome de Dereum.

L'ALCOOLISME est souvent noté dans les antécédents personnels et héréditaires ; dans les cas de Taylor et Luce, c'est au cours d'une névrite alcoolique bien caractérisée qu'apparaissent les masses graisseuses douloureuses et les troubles mentaux. Néanmoins, comme les symptômes connus des névrites alcooliques ne sont pas ceux de l'adipose, et que d'autre part l'alcoolisme devrait rendre cette affection singulièrement plus fréquente chez les hommes que chez les femmes, alors que l'inverse se produit, nous ne pouvons plus le retenir comme facteur immédiat. Plus récemment, MM. de Massary et Léon Bernard ont émis l'hypothèse que la maladie de Dereum pouvait être une forme larvée de tuberculose. Ils s'inspiraient, comme ils le reconnaissent eux-mêmes, des récentes recherches de Landouzy, Carnot, Poncet, Le Riche, sur l'origine tuberculeuse de certaines adiposes et de certaines stéatoses viscérales. On sait que pour M. Poncet certains lipomes sont d'origine tuberculeuse. Quel que soit le mode d'action de cette imprégnation tuberculeuse invoquée, une objection se présente, qui est commune d'ailleurs à tous les états infectieux dont on pourrait invoquer le rôle. Le bacille de la tuberculose est aussi fréquent dans un sexe que dans l'autre, ou plutôt, s'il y a une certaine disproportion entre le nombre d'hommes et de femmes atteints de tuberculose, elle est loin d'égaliser la différence notable qui existe au point de vue de la répartition de l'adipose douloureuse. En dernière analyse il paraît bien que les causes externes ne sau-

raient être invoquées d'une façon constante et certaine ; d'autre part l'évolution progressive tend à montrer qu'on est en présence d'un processus lent, constant, de l'ordre des auto-intoxications. Le facteur intermédiaire nécessaire, semble-t-il, pour expliquer toutes les irrégularités et les incertitudes de l'étiologie précédente, est représenté par les glandes endocrines. Nous adoptons franchement l'opinion qui fait de l'adipose douloureuse une dystrophie consécutive aux altérations de certaines glandes endocrines qui restent à préciser.

S'agit-il d'une dystrophie thyroïdienne ? Primitivement Dercum y songeait, d'après les résultats de sa première autopsie. Ultérieurement l'hypothèse fut reprise en s'appuyant sur les analogies avec le myxœdème ; Roux et Vitaut conclurent que l'adipose douloureuse était une forme fruste du myxœdème et le seul traitement logique était l'opothérapie thyroïdienne. On est même allé plus loin : Gauthier, Carducci, Guelfi, Fratti, concluent que la maladie de Dercum, le goître exophtalmique et le myxœdème constituent un même groupe résultant de lésions thyroïdiennes primitives. Les troubles fonctionnels de la glande auraient un retentissement sur le système nerveux dont la réaction troublerait à son tour l'équilibre de la nutrition. .

En réalité toute une série de faits sont contraires à l'origine thyroïdienne du syndrome.

1° L'examen histologique du corps thyroïde montre des lésions à la vérité souvent marquées, portant à la fois sur le tissu conjonctif et les éléments épithéliaux ; mais elles donnent l'impression d'être secondaires par rapport aux lésions de l'ovaire et surtout de l'hypophyse. Dercum a fort bien vu et noté les caractères secondaires des lésions thyroïdiennes.

2° L'opothérapie thyroïdienne a donné presque toujours des résultats médiocres ou nuls.

THÉORIE OVARIENNE

Nous avons indiqué plus haut toute une série de faits d'ordre clinique, les uns favorables, les autres défavorables à l'origine génitale du syndrome : il nous reste maintenant à tenir compte des facteurs suivants :

1° RÉSULTATS DE L'OPOTHÉRAPIE. — Ils ont été rarement favorables ; néanmoins à ce point de vue les résultats mentionnés par les observations sont moins décourageants que pour le corps thyroïde, et, dans certains cas rares, les extraits ovariens ont entraîné des améliorations persistantes portant surtout sur les phénomènes psychiques et l'asthénie.

2° LÉSIONS HISTOLOGIQUES DE L'OVAIRE. — Dans un des cas de Dereum (Margaret, Flynn), il existe une lésion très nette, n'intéressant à la vérité qu'une minime partie de l'ovaire et paraissant susceptible de conduire à une néoplasie véritable. Néanmoins il convient d'attendre des cas nouveaux et des examens répétés pour être fixés sur la signification des lésions ovariennes.

Provisoirement on est, semble-t-il, autorisé à accorder à l'ovaire une importance plus considérable qu'au corps thyroïde, et il se pourrait même que parfois ces lésions soient primitives à meilleur titre que celles de l'hypophyse ; dans ce même cas, en effet, la lésion hypertrophique du lobe glandulaire de l'hypophyse donne l'im-

pression d'être plus récente. Mais la question demande de nouveaux documents.

Nous concluons que le rôle des ovaires dans la pathogénie du syndrome de Dercum n'est jamais négligeable et que l'opothérapie doit toujours être tentée.

THÉORIE HYPOPHYSAIRE

Elle a en sa faveur des faits de la plus haute importance qui sont : d'ordre clinique, d'ordre expérimental, d'ordre histologique.

1^o ARGUMENTS D'ORDRE CLINIQUE. — L'adiposé simple non douloureuse fait partie fréquemment du tableau clinique observé dans le développement de certaines tumeurs de l'hypophyse ; qu'il s'agisse de néoplasies faisant disparaître la glande ou d'adénomes avec aspects d'hypersécrétion, certaines lésions de la région hypophysaire (coups de feu, Madelung) ont parfois entraîné de l'adiposé. Récemment, Lannois et Cléret ont décrit sous le nom de syndrome hypophysaire adipo-génital ¹ un ensemble de caractères cliniques, assez dissemblables d'ailleurs suivant les sujets qui en sont porteurs et qui paraît en rapport certain avec des lésions hypophysaires variables (adénomes simples et néoplasies malignes). Il ne paraît pas qu'on puisse, à l'heure actuelle, dire avec certitude si l'adiposé d'origine hypophysaire a un état d'hypo, d'hyper ou de para-sécrétion. Ajoutons que cer-

¹ *Gazette des Hôpitaux*, 1910.

taines variétés d'acromégalias se montrent accompagnées d'adipose douloureuse.

2° ARGUMENTS D'ORDRE EXPÉRIMENTAL. — Les tentatives d'ablation de l'hypophyse tendent à montrer que l'obésité consécutive ferait partie du tableau de l'insuffisance hypophysaire. La première observation d'hypophysectomie nette à ce point de vue est celle de M. le professeur Livon (de Marseille), qui a réussi, après une hypophysectomie presque totale¹, à garder un chien adulte en vie pendant huit mois. L'animal présenta à la suite de l'intervention une adipose généralisée ne paraissant pas spécialement douloureuse, en même temps chute de poils, escarres, hypothermie. Les glandes vasculaires sanguines de ce chien, dont l'examen présente pour la physiopathologie de l'hypophyse une importance doctrinale considérable, doivent faire l'objet d'une étude spéciale aux laboratoires de MM. Livon et Alezais. Il nous suffira d'indiquer ici la présence dans la région hypophysaire d'un véritable adénome kystique de régénération, d'intérêt capital pour les tendances évolutives du tissu hypophysaire ; une atrophie consécutive du corps thyroïde, des aspects adénomateux dans la cortico-surrénale et les îlots de Langerhans du pancréas. L'obésité dans un tel cas pourrait à la rigueur être aussi rapportée à la lésion thyroïdienne, mais il n'en demeure pas moins acquis qu'elle fut consécutive à une lésion destructive de l'hypophyse suivie de régénération partielle. Des faits de cet ordre, lorsqu'ils se seront multipliés,

¹ Survie de plusieurs mois chez un chien après hypophysectomie. *Revue Biologique*, Marseille 1909.

prendront une valeur considérable dans la discussion pathogénique qui nous occupe.

3^o CONSTATATIONS HISTOLOGIQUES. — *Les lésions hypophysaires dans le syndrome de Dercum sont si fréquentes qu'elles peuvent être considérées comme constantes* (opinion de Dercum confirmée par Alezais et Peyron). Les hypophyses et d'autres glandes endocrines provenant de trois autopsies ont été remises obligeamment par Dercum à MM. Alezais et Peyron, pour servir à leur recherche histologique sur les tumeurs des glandes vasculaires sanguines et leurs états précancéreux. De ces trois hypophyses, deux offrent l'aspect d'une véritable néoplasie perdant progressivement les caractères sécrétoires de la glande, et passant même à certains points à des dispositions de cancer massif. La troisième, offrant des dispositions glandulaires complètement conservées avec une simple tendance à l'hypersécrétion, offre un volume presque double de l'état normal. Dans celle-ci, Alezais et Peyron ont retrouvé une modalité très intéressante des phénomènes nucléaires de sécrétion dont ils ont apporté la notion dans la cytologie normale de l'hypophyse. Nous y reviendrons tout à l'heure. Il convient de rapprocher de ces trois hypophyses de Dercum, le cas d'adipose douloureuse de Burr, où l'hypophyse était transformée en un gliome ¹.

¹ La classification des tumeurs de l'hypophyse est toute entière à créer ou à refaire; les recherches d'Alezais et Peyron leur ont montré que beaucoup de néoplasies épithéliales du lobe glandulaire, même pourvues de caractères sécrétoires, avaient été classées à tort parmi les tumeurs de la série conjonctive (sarcome, épithéliome). Suivant une conception erronée, appliquée d'ailleurs à tou-

De même il faut tenir compte du cas d'Alquier et Guillaumin où l'hypophyse paraît bien avoir présenté une hypertrophie avec caractères sécrétoires. En résumé, l'ensemble des lésions rencontrées dans l'hypophyse des malades ayant présenté un syndrome de Dercum à évolution progressive, a montré des lésions paraissant dans plusieurs des cas l'emporter sur les lésions de l'ovaire et leur être vraisemblablement primitives. D'autre part, et on peut donner ceci sans réserves (Alezaïs et Peyron), la réaction du lobe glandulaire de l'hypophyse ne paraît pas s'effectuer ici dans un sens atrophique, mais dans un sens hypertrophique. Il semble que l'insuffisance hypophysaire¹ n'y apparaisse ainsi qu'après une phase variable d'hypergenèse des éléments glandulaires. Ces constatations sont plutôt défavorables à l'application par les procédés ordinaires de l'opothérapie hypophysaire. Tels sont les faits paraissant provisoirement légitimer la prépondérance de l'hypophyse dans la production du syndrome de Dercum.

Pour terminer, nous insisterons seulement sur les deux points suivants :

1° Nécessité pour une documentation utile d'examiner désormais à propos de chaque cas toutes les glandes vasculaires sanguines, en raison de l'importance de la notion de synergie relative à l'hypophyse (Livon, Alezaïs).

les les glandes vasculaires sanguines, il se pourrait que le gliome de Burr fût une néoplasie à type sécrétoire plus ou moins altéré.

¹ En admettant qu'il s'agisse réellement d'insuffisance, ceci peut varier suivant le stade, et d'ailleurs tout est hypothétique actuellement dans cette question.

2° Nécessité de rechercher soigneusement dans l'hypophyse, sur des pièces convenablement fixées, les caractères cytologiques susceptibles de renseigner sur l'intensité et la modalité des phénomènes sécrétoires.

Il est tout à fait insuffisant en effet de vouloir rechercher la valeur fonctionnelle d'une glande endocrine (surtout d'après une pièce histo-pathologique) en étudiant seulement la disposition histologique générale des cordons épithéliaux ou des vaisseaux. On n'arriverait ainsi qu'à des approximations ou à des erreurs analogues à celles commises à propos de la capsule surrénale par certains auteurs qui croient faciles les diagnostics d'hyperépiphrie et d'hypoépiphrie. Il faut s'adresser, toutes les fois que la technique employée le permet, à l'étude des phénomènes nucléaires de la sécrétion. Leur notion a été apportée pour le corps thyroïde et les plexus choroïdes par un cytologiste italien Galcotti : Nicolas et Dimitrova les ont observés dans l'épiphyse ; mais c'est dans le lobe glandulaire de l'hypophyse où ils n'avaient pas été décrits jusqu'ici qu'on les observe avec le plus de netteté (Alezaïs et Peyron ¹).

Ils consistent :

1° En une expulsion du nucléole donnant lieu à l'émission successive de pyrénosomes destinés à se dissoudre dans le corps cellulaire ;

2° En la formation autour du noyau d'une auréole claire, véritable appareil par lequel les chromatines nucléaires passent dans le cytoplasme, non pas sous forme figurée comme précédemment, mais à l'état soluble par une véritable osmose effectuée à travers la membrane nucléaire.

3° En l'apparition au contact immédiat du noyau de vacuoles juxta-nucléaires, parfois destinées en dernier terme à l'absorber complètement. Une des hypophyses de Dercum offrant la disposition générale d'une hypertrophie simple a précisément montré à

¹ Sur les phénomènes nucléaires de la sécrétion dans le lobe glandulaire de l'hypophyse humaine (Compte rendu de l'Académie des sciences, 1910).

MM. Alezais et Peyron une prépondérance presque anormale de cette dernière disposition.

Dans les deux autres hypophyses de Dercum qui représentent à proprement parler des épithéliomas de l'hypophyse, les éléments cellulaires offrant les caractères d'un cycle sécrétoire en pleine activité étaient devenus très rares.

Mais ces dispositions fonctionnelles du corps cellulaire ne sont pas les seules qui doivent être recherchées systématiquement dans les hypophyses de l'adipose ou de l'acromégalie, il faut s'attacher aussi à l'étude du produit de sécrétion de l'hypophyse qui est représenté par la substance dite colloïde. Cette substance représente en effet un produit normal de l'activité glandulaire de l'hypophyse, contrairement à l'opinion de toute une série d'auteurs tels que Pisenti et Viola, Benda, Gemelli. Dans les hypertrophies et les tumeurs, où son origine et sa répartition particulièrement intéressantes n'avaient pas été étudiées jusqu'ici, Alezais et Peyron ont démontré ⁴ qu'elle avait une double origine ou plutôt était constituée par le mélange de deux produits, l'un d'origine nucléaire, l'autre d'origine cyto-plasmique. Il convient donc dans le diagnostic histologique de rechercher son abondance, son mode de groupement et la prépondérance de chaque variété. Ajoutons à ce propos que la comparaison des hypophyses d'acromégaliques étudiées par Alezais avec les trois hypophyses de Dercum montre la rareté ou même l'absence du colloïde dans ces dernières ; de telle sorte que l'abondance de la substance colloïde caractériserait l'hypophyse acromégalique ; mais ces faits ainsi que le rôle de la substance colloïde émise dans le système circulatoire des acromégaliques sont actuellement en cours d'études.

⁴ Alezais et Peyron. — Dualité de la substance colloïde observée dans les tumeurs de l'hypophyse, 1910-1911.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

La maladie de Dercum se développe non d'une façon régulière, mais par poussées successives s'accompagnant de paroxysmes aigus ; son évolution est fatalement progressive ; très rares sont les cas où on a obtenu une amélioration notable ou persistante ; lorsqu'elle se produit, l'adipose, l'impotence, les douleurs provoquées s'apaisent, mais les douleurs spontanées persistent presque toujours sans diminution. L'affection est donc grave, puisque les sujets qui en sont atteints, mis en état de moindre résistance, meurent généralement d'une affection intercurrente au bout de plusieurs années. En outre, le pronostic est dominé par les troubles psychiques qui conduisent souvent à l'aliénation mentale ou au suicide.



TRAITEMENT

Les variations de la thérapeutique sont liées aux incertitudes pathogéniques ; ce que nous avons dit plus haut au sujet de l'état des glandes vasculaires sanguines explique les quelques résultats favorables obtenus par l'opothérapie ovarienne, l'inutilité habituelle de l'opothérapie thyroïdienne, les échecs et même la nocivité de l'opothérapie pituitaire. Ces résultats médiocres ou nuls de l'opothérapie organique sont malheureusement habituels, lorsqu'on veut en poursuivre l'application dans un syndrome sans tenir compte des lésions anatomo-pathologiques et des associations synergiques. On peut affirmer avec certitude que lorsque l'anatomie pathologique de la maladie de Dercum disposera d'une série nombreuse d'examen des diverses glandes vasculaires sanguines permettant de fixer pour chacune d'elles l'âge divers des lésions primitives ou réactionnelles, les indications de l'opothérapie pourront être posées avec clarté ; peut-être il y aura-t-il lieu d'associer les

produits organiques divers ou de les employer différemment, suivant la phase envisagée. Actuellement on emploie empiriquement l'arsenic, l'iodure de potassium la teinture d'iode ingérée sous forme de gouttes et les rayons X. Les résultats en sont incertains et variables.

CONCLUSIONS

I. — Le syndrome décrit par *Dercum* (de Philadelphie) en 1888, mérite, en l'état actuel de nos connaissances sur les obésités, de garder son individualité clinique.

II. — Les affinités étiologiques ou symptomatiques avec la lipomatose symétrique douloureuse et les obésités de la ménopause et de la castration, ne sont pas jusqu'ici suffisants pour le confondre avec ces derniers, au point de vue nosologique.

III. — Au point de vue physio-pathologique, les lésions et le rôle du corps thyroïde paraissent secondaires par rapport à ceux de l'ovaire et surtout de l'hypophyse. Lorsque l'anatomie pathologique, en particulier celle des glandes endocrines, aura fait l'objet de recherches histologiques précises, portant sur une série nombreuse d'observations, la clinique pourra discuter avec plus de sûreté sur le respectif de chacune des glandes, et poser des indications plus rationnelles d'une opothérapie isolée ou associée. Il conviendra également de tenir compte des

faits récents qui commencent à être acquis par la physiologie expérimentale au sujet des obésités d'origine hypophysaire ; actuellement, les quelques faits observés tendent à montrer que l'hypophyse aurait un rôle prédominant, conformément aux idées de Dercum.

IV. — Dans l'étude histologique des hypophyses de la maladie de Dercum, il y a lieu désormais, pour caractériser leur état fonctionnel, d'étudier spécialement les phénomènes nucléaires de la sécrétion et l'état substance colloïde (Alezáis).

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 16 décembre 1910.

Pour le Recteur, le Vice-Président
du Conseil de l'Université délégué,
Léon-G. PÉLISSIER.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 16 décembre 1910.

Le Doyen,
MAHRET.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 ABRAHAM. — Case of adiposis dolorosa (Transaction clinical Society London, 1906).
- 2 ACHARD et LAUBRY. — Adipose douloureuse (Revue neurologique, avril 1901).
- 3 ADAMKIEVITCH. — Sur l'obésité. Leipzig, 1910, 90 p.
- 4 AIEVOLI. — La maladie de Dercum dans ses affinités étiologiques et pathologiques avec les lipomes (Il Morgagni, 1905).
- 5 AUVRARD. — Influence de la puerpéralité sur l'obésité (Gazette des Hôpitaux, 1888).
- 6 BALLET (G.). -- L'adipose douloureuse (Presse médicale, 1903, p. 285).
- 7 BAILLY. — Traitement des ovariectomisées. Considération physiologique sur la cast. chez la femme (Th. Paris, 1871).
- 8 BATUT. — Fibro-lipomatose généralisée (Echo médical et chirurgical de la Drôme. Valence, 1908, p. 72).
- 9 BERGERON. — A case of adiposis dolorosa with enlargement of the large new trunks (New-York medical Journal, 1908).
- 10 BERKOVITCH. -- De l'obésité d'origine génitale chez la femme et de ses rapports avec l'adipose douloureuse (Th. Paris, 1908).
- 11 BERNARD. — Adipose douloureuse d'origine tuberculeuse (Bulletin médical des Hôpitaux de Paris, 1907).

- 12 BORDE. — Etude clinique sur les rapports existant entre la maladie de Dercum et l'adipose simple (Paris, 1907, 33 p.).
- 13 BONDET (A.). — Lipomatose symétrique douloureuse et maladie de Dercum (Bulletin médical, 17 sept. 1904, n° 74, p. 817).
- 14 BOCHROCH. — Adiposis dolorosa (American Journal Medical Sciences, Philadelphie, 1902).
- 15 BORJU. — Lipomes multiples (Thèse Paris, 1892).
- 16 BURR (C.-W.). — A case of adiposis dolorosa with necropsy (The Journal of nervous and mental diseases, New-York, 1900, XXVII, p. 519).
- 17 BLISS. — Adiposis dolorosa (American medical Association, Philadelphie, 1906, 230).
- 18 CARNOT. — Sur divers types pathologiques de l'obésité (Bulletin médical, 1906).
— L'obésité (Revue de la tuberculose).
CROUZON (O.) et NATHAN (M.). — Note sur un cas de maladie de Dercum (Revue neurologique, 1907).
- 19 CARDUCCI. — Il policlinico (Sezione pratica), 1901.
- 20 CASELLI. — Rapports fonctionnels de la glande pituitaire et de l'appareil parathyroïdien (Revue neurologique, 1901, p. 95).
- 21 CECCHINI. — Un sindroma simile a quella descritta da Dercum (Gaz. med. di Roma, 1903).
- 22 CHEINISSE. — L'identité de la lipomatose symétrique douloureuse avec la maladie de Dercum (Semaine médicale, 1903).
- 23 COLBERTADO. — Due casi di malattia di Dercum (Riv. veneta di scien. Med., Venezia, 1903).
- 24 COLLINS. — A text book of nervous diseases (Philadelphie, 1895).
- 25 DEBOVE. — Pathogénie de l'obésité (Semaine médicale, mars 1901). — Adipose douloureuse (Presse médicale, juillet 1901). — La forme lipomateuse de l'adipose douloureuse (Journal de médecine interne, 1^{er} février 1905, n° 3, p. 33). — Lipomatose douloureuse (Gazette des Hôpitaux, 27 sept. 1904, n° 75, p. 1069).

- 26 DELUCQ et ALAUX. — Adipose douloureuse, maladie de Dercum (Presse médicale, 17 sept. 1904, n° 75, p. 504).
- 27 DARTIGUE et BONNEAU. — Lipomatose monstrueuse avec quatre photographies (Nouv. icon. de la Salpêtrière, 1879).
- 28 DENYS (G.) et LE PLAY (A.). — Adipose sous-cutanée symétrique et segmentaire chez une démente alcoolique et héréditaire alcoolique. Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, sept.-octobre 1903, n° 5, p. 280-287).
- 29 DERCUM. — A sub-cutaneous connective tissue dystrophy of the arm and back, associated with symptoms resembling myxœdema (University med. Magazine, décembre 1888). — Three cases of a hitherto unclassified affection resembling in its grosser aspects obesity but associated with special nervous symptoms (The american Jour. of the Med. Sciences, nov. 1892). — Trophonévroses twentieth century of med., 1897, p. 554). — Autopsy in a case of adiposis dolorosa with microscopical examination (The Journal of nervous and mental diseases, août 1900). — Three cases of adiposis dolorosa (Philad. med. Journ., mars 1902).
- DERCUM. — Note sur un cas d'adipose douloureuse dans laquelle il existait aussi une paralysie spasmodique et une contraction des extrémités (Journal of nervous and mental diseases, 1901).
- DERCUM et MAX CARTH. — Autopsy in a case of adiposis dolorosa (The american Journal of medical Sciences, décembre 1902).
- 30 DEYRE (E.) et GIROUX. — Adipose douloureuse segmentaire (Revue neurologique, Paris, 1907).
- 31 DIDE. — Le pseudo-œdème catatonique. Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, décembre 1902).
- DIDE et LEBORGNE. — Un cas de maladie de Dercum (Société de neurologie, octobre 1903).
- 32 ESHNER. — A case of adiposis dolorosa (The Philad. med. Journ., octobre 1898).
- 33 EWALD. — Berliner klin. Wochenschrift, janvier 1895.

- 34 FABER. — Ueber adiposalgie Zeitschrift für Physikalische Therapieutische. Leipzig, 1908).
- 35 FAURBYE (C.). — Un cas d'adipose douloureuse de Dercum (Hospital tide Kgeleu, 1908):
- 36 FÉRÉ (Ch.). — Adipose douloureuse (Méd. mod., décembre 1898, et Revue méd., août 1901).
- 37 FETTERMANN et STRICHLER. — Maladie de Dercum dans un cas de tuberculose avancée (J. Medical Burlington, 1908).
- 38 FERRAND. — Gazette, 1903.
FRATTI. — Maladie de Dercum (Gazetta degli Ospedali, Milan, 1907).
- 39 FRAISSINEAU. — Adipose douloureuse (Bordeaux, 1909).
- 40 FIORAVENTI — Lipomatosis et loro pathogenic (Clinica moderna, Firenze 1907).
- 41 FONTAN. — Adipose douloureuse de l'homme Echo Médical du Nord, 1909).
- 42 FULCONIS. — Maladie de Dercum et lipomatose douloureuse symétrique (Lyon, 1904).
- 43 FUMAROLA. — Contribution à l'étude du syndrome de Dercum. Adipose douloureuse (Revista de pathologia nervosa et mentale, 1909).
- 44 GARAND. — Note sur le traitement des lipomes multiples par l'extract du corps thyroïde (Loire médicale, juin 1901).
- 45 GAUTHIER. — Fonctions du corps thyroïde (Revue médicale, n^{os} 1 à 5).
- 46 GAUCHER. — Adipose douloureuse (Journal des maladies cutanées et syphilitiques, 1906).
- 47 GAUCHER et NATHAN. — Adipose douloureuse et paralysie pseudo-bulbaire (Bull. Soc. franç. de dermatologie, 1907).
- 48 GASNE et MENARD. — Un cas d'adéno-lipomatose symétrique (Soc. internat. des hôpit. de Paris).
- 49 GIANNEN. — Deux cas de maladie de Dercum (Journal de méd. d'Athènes, 1906).
- 50 GODARD. — Ménopause précoce et obésité (Thèse Paris, 1908).

- 51 GRAYÈS et COOK. — Etude clinique d'un cas d'adipose douloureuse (Medical Fortuiglithy, Saint-Louis, 1908).
- 52 GHELFI. — Bolletino delli Cliniche, sept. 1904).
- 53 GUIDICEANDREA. — Adiposis dolorosa (Riv. di Patologia nervosa e mentale, juillet 1900, f. 7). — Rapports cliniques et pathogéniques entre la maladie de Dercum et quelques formes voisines (Il-policlinico, sezioni pratica, février 1902).
- 54 GUILLAIN et ALQUIER. — Etude anatomo-pathologique d'un cas de maladie de Dercum (Revue neurologique, 1906).
- 55 GLAEVECKE. — Archiv. f. Gynœk., 1889.
- 56 GORDINIER. — Adiposis dolorosa with the report of a case (Vermont. med. month. Burlington, 1903).
- 57 GUDJHONSEN. — Et Tifaede of adiposis dolorosa hos en Dreg (Hosp. tid Kobend, 1903).
- 58 HALE WHITE. — A case of adiposis dolorosa (British med. Journ., décemb. 1899).
- 59 HALLOPEAU et BONDET. — Variété lipomateuse de maladie de Dercum avec cas particuliers (Bull. Soc. franç. de dermat. et syphiligraphie, 1906).
- 60 HAKONE. — Adipose douloureuse (Rev. neur., 1101, 1906).
- 61 HENRY (F.-P.). — A case of myxœdematoïd dystrophy (The journal of nervous and mental diseases, mars 1891).
- 62 HOUÉE ALAIN. — Maladie de Dercum (Th. de Paris, 1904).
- 63 HORNE. — Case of adiposis dolorosa (Med. Journ. Detroit, 1905).
- 64 INGELRANS (L.). — Le syndrome de Mœbius Akinesia Algera (Gaz. des hôp., n° 66, 10 juin 1905, p. 783, 790).
- 65 JOFFRE. — Adipose douloureuse sans troubles mentaux (Th. Paris, 1907).
- 66 JOHNSON. — Adiposis dolorosa (Indian Medical Rec. Calcutta, 1902).
- 67 JOSEPHEWITCH. — Maladie de Dercum (Med. Oboze, Moscou, 1908).
- 68 KAPLAN (J.) et FÉDÉROV (A.). — Maladie de Dercum (Meditzinskoïe Obœerentye, 1902).

- 69 KARPINSKI. — Adipose douloureuse comme trouble de nutrition (Recueil des travaux psychiatriques et neurologiques, Saint-Pétersbourg, t. II, p. 513-532).
- 70 KLINGMANN (J.). — Adiposis dolorosa. Diagnostic résultat du traitement chirurgical (New-York medical Journal, 1908).
- 71 KRAFT (Adolphe). — De la maladie de Dercum (Thèse Berlin, 1907).
- 72 LABBÉ. — Obésité simple et obésité compliquée (Presse médicale. Paris, 1908).
- 73 LANNOIS et BENSAUDE. — Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, 1900, nos 1, 2, 3). Adéno-lipomatose symétrique (Presse médicale, juin 1898, et Revue de neurologie, 1901, p. 253).
- 74 LE NOIR. — Un cas de maladie de Dercum (Soc. de l'Internal des hôpitaux de Paris, 22 juin 1904).
- 75 MANCINI. — Adipose douloureuse Il policlinico, sezione pratica, août 1901.
- 76 MARCOU. — L'adipose douloureuse. Syndrome de Dercum (Archives générales de médecine, 1903, p. 1737, n° 28).
- 77 MARINESIO et GOLDSFEN. — Deux cas d'hydrocéphalie avec adipose généralisée (Romana medical, 1908).
- 78 MAZIO. — Annali della Instituto psichiatrico della Roma (Università di Roma).
- 79 MEIGE (Henry). — Trophœdème congénital (Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, 1889, p. 453).
- 80 MATHIEU. — Sur une forme d'œdème névropathique (pseudo-éléphantiasis neuropathique) (Annales de Dermatologie et Syphiligr., janvier 1893).
- 81 MENCAU. — Maladie de Dercum (Journal des maladies cutanées et syphilitiques, 1909).
- 82 MAGLIGI. — La maladie de Dercum (Gazetta degli ospedali delli Cliniche, 23 octobre 1904, p. 1345).
- MILLS. — Phidadelphie neurology Society Journal of nervous and mental diseases, 1909).
- 83 MINELLI. — Adiposis dolorosa (Gaz. méd. italienne, Turin, 1903).

- 84 MIQUEL (Lucien). — De la valeur nosologique de la maladie de Dercum (Thèse de Paris, juillet 1904).
- 85 MASSARY (De). — Adipose douloureuse chez une tuberculeuse (Soc. méd. des Hôpitaux de Paris, 1907).
- 86 LE MEIGNEN et LEVESQUE. — Un cas de maladie de Dercum avec rémissions passagères chez un homme (Bulletin médical, 1906, Gazette médicale de Nantes, 1906).
- 87 MOEBIUS. — Deuts. Zeits. f. Nervenk., 30 avril 1891, 15 juillet 1892, p. 436 (Société de Neurologie de Moscou, 24 février 1895).
- 88 MORLOT et GALLOIS. — Adipose localisée d'origine trophonévralgique (Bourgogne médicale, 1894-95, p. 44).
- 89 GINO MORSÀ. — Adiposis dolorosa (Rivista critica di clinica medica. Firenze, 22 giugno 1901).
- 90 NORSÀ (G.). — Contributa alla studio della malattia de Dercum (Riforma medica, 1905, Palermo).
- 91 ODDO et CHASSY. — Adipose douloureuse accompagnée de troubles vasomoteurs et de sclérodémie (Revue neurologique, 1902).
- 92 PAGANELLI. — Maladie de Dercum (Thomasi, 1908).
- 93 PAPI. — Contributo alla casistica della adiposis dolorosa (Gaz. degli Ospedali e delle Cliniche, Milano, 1892).
- 94 PAIMEAU et BALONNECA. — Sur quelques cas d'obésité infantile (Gazette des Hôpitaux, 1910).
- PAIMEAU et BALONNECA. — Contribution à l'étude de l'acromégalie infantile (Gazette des Hôpitaux, 1910).
- 95 PASQUINI. — Un cas d'adipose douloureuse (Il policlinico, sezione pratica. Revue, mars 1902, p. 623).
- 96 PENNATO. — Maladie de Dercum avec ostéomalacie (Riforma medica, 3 février 1904, n° 5, p. 115).
- 97 PARKINSON. — Cas d'adipose douloureuse associée au myxœdème (Transaction Medical Society. London, 1907).
- 98 PELLEGRINO. — Il morbo de Dercum (Clinica medica Italiana, 1905).

- 99 PHALENGIN. — Maladie de Dercum à forme diffuse pure (Journal des Sciences médicales. Lille, 1909).
- 100 PRIBRAM. — Adipose douloureuse (Deutsche Klinische-Therapeutische Wochenschrift, 1906).
- 101 PRICE. — Révision de deux autopsies d'adipose douloureuse avec considérations sur son diagnostic et sa pathologie (Journal of nervous and mental diseases, 1909).
- 102 PRICE et HUTSON. — Cas d'adipose douloureuse montrant un cas de maladie de Dercum avec anomalie des vertèbres et des côtes (Journal Medical nervous and mental diseases. New-York, 1902).
- 103 PRINET. — Le syndrome de Dercum (Echo médical du Nord, 1900).
- 104 PRUNIER. — Adipose douloureuse chez une imbécile épileptique et aveugle (Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière. Paris, 1907).
- 105 QUENNEC. — Contribution à l'étude des lipomes multiples symétriques et en particulier des lipomes circonscrits (Thèse de Paris, 1903).
- 106 RAYMOND et GUILLAIN. — Un cas d'adipose douloureuse (Société de neurologie de Paris, séance du 2 juin 1904).
- 107 RÉNON et HEITZ. — Adipose douloureuse avec arthropathies multiples (Revue neurologique, 1901, p. 704).
- 108 RÉNON et LOUSTE. — Un cas d'adipose douloureuse à forme nodulaire (Bulletin de la Soc. méd. des Hôpitaux, 1902, 1130).
- 109 RENZI (De). — Lipomes, adipose douloureuse, adipose générale (Gazzetta degli ospedali e delle cliniche, 15 février 1903).
- 110 ROUX (John). — Maladie de Dercum et goître exophtalmique (Revue neurologique, janvier 1902).
- 111 ROUX et VITAUT. — Un cas d'adipose douloureuse (Soc. de neurologie, sept. 1901).
- 112 RUDINGER. — Semaine médicale, décembre 1902.

- 113 ROME. — Maladie de Dercum (Lyon médical, 1904).
- 114 ROQUES de FURSANT et Mlle PASCAL. — Adipose douloureuse chez une démente précoce (L'Encéphale, Paris, 1908).
- 115 RISQUEZ. — Un caso di adiposis dolorosa (Rev. la oto-rinolaryng. Espana. Madrid, 1903).
- 116 ROBERTS. — A case of adiposis dolorosa (Philadelphie med. Journal, avril 1902).
- 117 SAINTON (Paul) et FERRAND (Jean). — L'adipose douloureuse ou maladie de Dercum (Gazette des Hôpitaux, n° 96, p. 957, 22 août 1903).
- 118 SAURY. — Un cas de maladie de Dercum (Revue des sciences médicales, Madrid, 1908).
- 119 SELLERIN. — Adipose douloureuse (Syndrome de Dercum) (Thèse de Paris, 1903).
- 120 SIMONESCO. — Adipose douloureuse (Revue neurologique, juin 1901).
- 121 SAINT-MARTIN. — Un cas de maladie de Dercum (Revue méd. de Franche-Comté, Besançon, 1905).
- 122 SÉZARY. — 4 cas d'adipose douloureuse, maladie de Dercum (Revue de médecine, 1907).
- 123 SICARD et BERCOVITSCH. — Adipose douloureuse de Dercum par insuffisance ovarienne (Bulletin de la Société des hôpitaux de Paris, 1908).
- 124 SICILIANO. — A propos d'un cas d'adipose douloureuse (Revue critique de clinique médicale, Florence, 1907).
- 125 SILVESTRINI. — Studio clinico d'un caso d'adiposis dolorosa (Bul. d. Soc. Eustachiana Camerino, 1903).
- 126 SPILLER (William). — Report of three cases of adiposis dolorosa (Med. News, février 1898).
- 127 STANLEY. — Adiposis dolorosa (British medical Journal. London, 1905).
- 128 STERN. — Adipose douloureuse avec manifestations myxœdémateuses (American Journal of medical sciences, 1910).

- 129 STRUBING. — Ueber «adipositas dolorosa» und das «œdème blanc et bleu» (Arch. f. Dermatol. u. Syph., 1902).
- 130 TAPIE. — De la lipomatose symétrique à prédominance cervicale (Thèse de Paris, 1899).
- 131 THIM. — Adipositas dolorosa (Hambourg, 1903).
- 132 TUFFIER. — Lipomatose symétrique (Bull. et mém. Soc. chir., 1904).
- 133 TAYLOR et LUCE. — A case of adiposis dolorosa (Boston Medical Journal, 1906).
- 134 VERGNES. — Adipose sous-cutanée dans ses rapports avec les atrophies musculaires (Thèse de Paris, 1877).
- 135 VITAUT. — Maladie de Dercum. Adiposis dolorosa (Thèse de Lyon, 1901).
- 136 WEISS. — Uber adiposis dolorosa (Wien. klin. Wochenschrift, 1903, p. 496).
- 137 WORTKINGTON. — De l'obésité (Thèse de Paris, 1876).
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

